

山武市病後児保育事業利用登録書

年 月 日

（宛先）山武市長

保護者 住所  
氏名  
電話番号

山武市病後児保育事業実施規則第 10 条の規定により、病後児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

登録児童	児童氏名	フリガナ		お子さんの愛称		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月	性別	男 ・ 女
	通所施設名	こども園・保育園・幼稚園			電話	
	かかりつけ医療機関	医療機関名	担当医師	電話	備考	
医療機関名		担当医師	電話	備考		
保護者・緊急連絡先	1	氏名	携帯電話			続柄
		勤務先	勤務先電話			
	2	氏名	携帯電話			続柄
		勤務先	勤務先電話			
	3	氏名	携帯電話			続柄
		勤務先	勤務先電話			
家族構成	氏名	( ) 歳	氏名	( ) 歳		
	氏名	( ) 歳	氏名	( ) 歳		
	氏名	( ) 歳	氏名	( ) 歳		
	氏名	( ) 歳	氏名	( ) 歳		

（裏面もご記入ください。）

○児童の健康状態について

周産期	あてはまるところに○、( )内にご記入ください。 【妊娠中の異常】 無 ・ 有 ( ) 【出産】 正常 帝王切開 鉗子分娩 その他( ) 出生体重 ( グラム) 週 数( 週) 【出産後】 正常 新生児仮死 保育器使用 酸素使用 強い黄疸 けいれん その他( )	
	発育歴	今までに医師の診察や健康診断等で、特に指導を受けたことや経過観察となっていることがありますか。 ない ・ ある ( ) ・首のすわり ( )か月ころ ・寝がえり ( )か月ころ ・おすわり ( )か月ころ ・はいはい ( )か月ころ ・一人歩き ( )か月ころ ・発語 ( )か月ころ ※意味のあることば
予防接種	BCG	未 ・ 済
	不活化ポリオ	未 ・ 済 ( 1期初回: 1回 2回 3回 ・ 1期追加 )
	三種混合(DTP)	未 ・ 済 ( 1期初回: 1回 2回 3回 ・ 1期追加 )
	四種混合(DTP-IPV)	未 ・ 済 ( 1期初回: 1回 2回 3回 ・ 1期追加 )
	麻疹・風疹混合ワクチン	未 ・ 済 ( 1期 ・ 2期 )
	日本脳炎	未 ・ 済 ( 1期初回: 1回 2回 ・ 1期追加 )
	インフルエンザ菌 b 型(Hib)	未 ・ 済 ( 1回( 年 月 日) 2回 3回 追加 )
	小児肺炎球菌	未 ・ 済 ( 1回( 年 月 日) 2回 3回 追加 )
	水ぼうそう	未 ・ 済 ( 1期 ・ 2期 )
	おたふくかぜ	未 ・ 済 ( 1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日))
	ロタウイルス(1価)	未 ・ 済 ( 1回 ・ 2回 )
	ロタウイルス(5価)	未 ・ 済 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 )
	B 型肝炎	未 ・ 済 ( 1回( 年 月 日) 2回 追加 )
その他( )	( )	
感染症歴	かかったことのある感染症に○をつけてください。 麻疹 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 百日咳 突発性発疹 その他(具体的に )	
その他の傷病歴	熱性けいれん	初回( 歳 か月) 以後( )回 最終 年 月
	喘息 (喘息様気管支炎)	毎日薬を 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時だけ 毎日吸入を している ・ していない ・ 発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある ( 治療は 内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法 )
	その他病気やケガ	具体的に記入してください。
	常時服用する薬	ない ・ ある ( )
	入院したこと	ない ・ ある (病名 歳 か月) (病名 歳 か月)
アレルギー	食物アレルギー ない ・ ある アレルギー食 (除去内容 )	
その他	心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にご記入ください。	